Hémorragie digestive d’origine haute

Dr Arba

Définition

- HDH saignement ayant pour origine le tractus digestif supérieur situé au dessus de l'angle de Treitz:
  - Œsophage
  - Estomac
  - Duodénum
  - Voies biliaires (hémobilie)
  - Wirsung (wirsungorragies)

Généralités

- Fréquence ➡ 80-90% des HD
- Urgence médico-chirurgicale
  ↳ ***Hospitalisation dans une structure spécialisée***
- Étiologies multiples ➡ MUGD+++
- Examen clé ➡ Endoscopie digestive haute



Démarche rigoureuse en 3 étapes:

1 Reconnaître l'hémorragie digestive haute



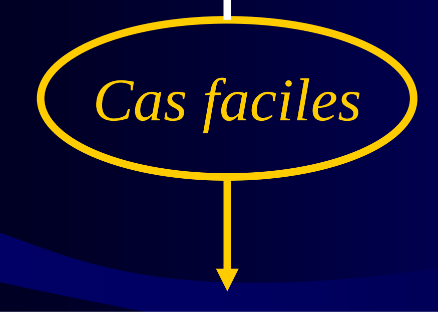
2 Apprécier la gravité et prendre les mesures thérapeutiques d'urgence



3 Rechercher son étiologie et instituer un traitement spécifique



Reconnaître HDH → *Diagnostic positif*



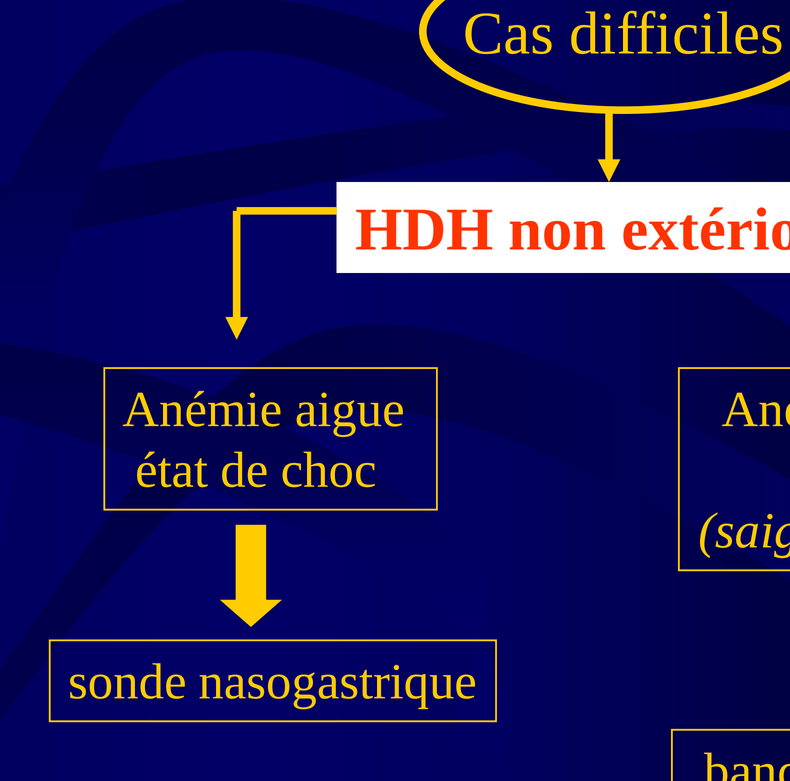
Cas faciles

HDH extériorisée

Hématémèse
Méléna
Rectorragies

Cas difficiles

HDH non extériorisée

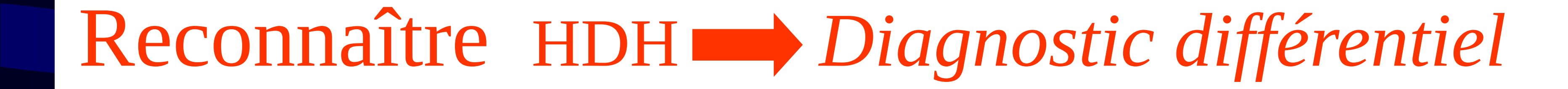


Anémie aigue
état de choc

→ sonde nasogastrique

Anémie chronique
ferriprive
(saignement occulte)

→ bandelettes réactives
Hémoccult



Ce qui n'est pas une hémorragie

Coloration d'origine:
Alimentaire
ou médicamenteuse
(betteraves, épinards, fer, charbon, bismuth)

Hémorragie d'origine non digestive

Hémoptysie
→ efforts de toux
Epistaxis
→ postérieure +++
Hémosialémèse
→ origine bucco-pharyngée

Hémorragie digestive d'origine basse

Méléna +++
rapport urée/créat



1 ***Critères liés au terrain*** → Age, Tares associées

2 ***Critères cliniques*** → Signes de choc

3 ***Critères biologiques*** → FNS, Crase sanguine

4 ***Critères évolutifs*** → Transfusion, Récidive de l'hémorragie, Instabilité hémodynamique

Mesures d'urgence

- Restaurer la masse sanguine:
  - KT de gros calibre
  - O2/sonde nasale, masque ou ventilation assistée
  - Remplissage /macromolécules puis sang iso groupe iso rhésus au besoin phénotypé si antécédents de transfusions sanguines
- Surveillance stricte des paramètres:
  - Fréquence cardiaque
  - Pression artérielle
  - Etat de conscience
  - Diurèse
  - Nombre d'unités transfusées et de solutés perfusés
  - Éventuellement mesure de la PVC

Rechercher l’ étiologie → *Diagnostic étiologique*

1 ***Anamnèse*** → ATCD de MUGD, AINS, anticoagulants, vomissements maladie hépatique, antécédents chirurgicaux

2 ***Examen clinique*** → méthodique et complet

Examen digestif:

IHCaire – HTP - Ascite – HPM - Masse

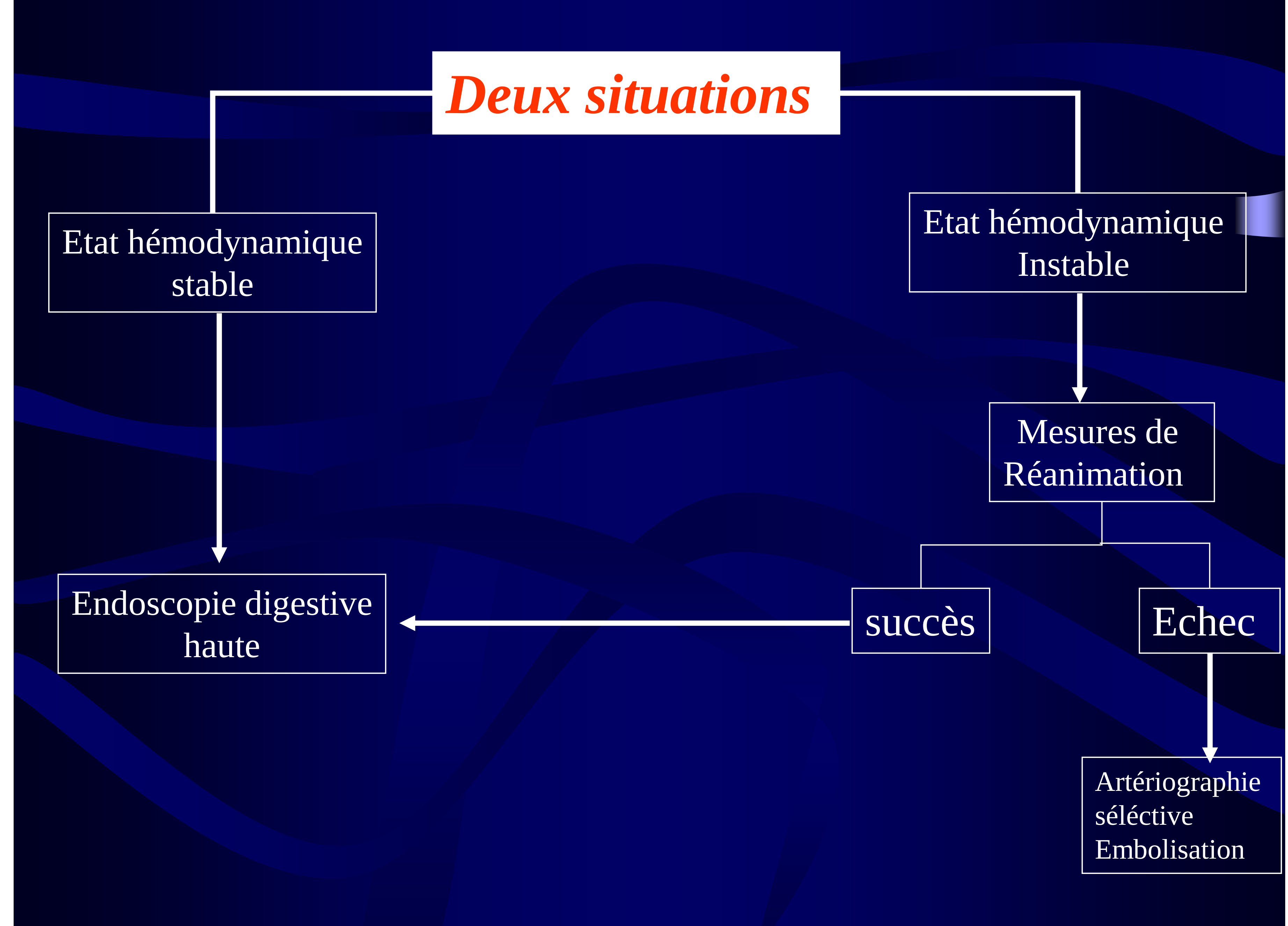
Examen cutanéo-muqueux:

Syndrome hémorragique diffus

Reste de l’examen somatique

3 ***Examens paracliniques*** → Endoscopie digestive haute= examen clé

- Détermine le siège des lésions responsables de l’hémorragie
- Évalue le risque de récidive hémorragique
- Permet de réaliser un geste d’hémostase endoscopique


Deux situations
Etat hémodynamique stable
Etat hémodynamique Instable
Mesures de Réanimation
Endoscopie digestive haute
succès
Echec
Artériographie séléctive Embolisation

C

A B C

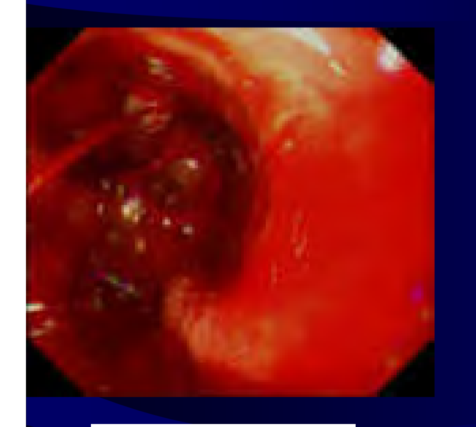
Figure 1-12C. A: Five-minute image from a technetium-99m pertechnetate–labeled red cell scan of a 23-year-old woman postpartum with diffuse intravascular coagulation and gross hematochezia. The radioactivity appears to extend from the hepatic flexure to a location distal to the splenic flexure (arrows). B: Angiographic injection of the superior mesenteric artery of the same patient as in A immediately after the scintigraphic study demonstrated active bleeding in the hepatic flexure area of the colon (arrow). C: Later image during the angiographic study shows persistent extravasation of contrast medium in the lumen of the colon (arrow).

Etiologies

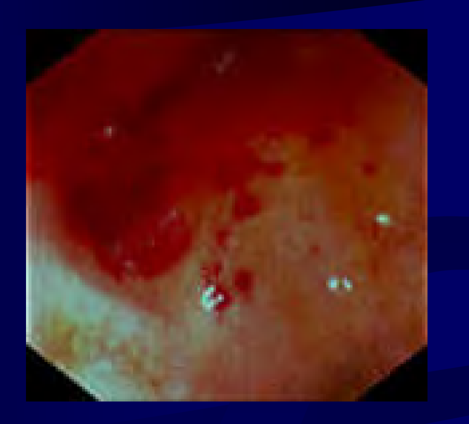
MUGD

- Cause la plus fréquente des HDH= 50%
- MUBD>MUG
- L'hémorragie peut révéler la maladie ulcéreuse
- Le diagnostic repose sur l'endoscopie haute

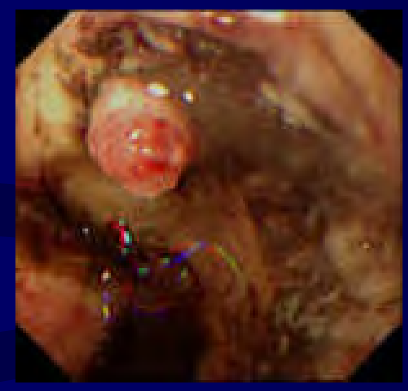
Classification de Forrest



Stade Ia
Saignement en jet



Stade Ib
Saignement en nappe



StadeIIa
Vx visible



StadeIIb
Caillot adhérent

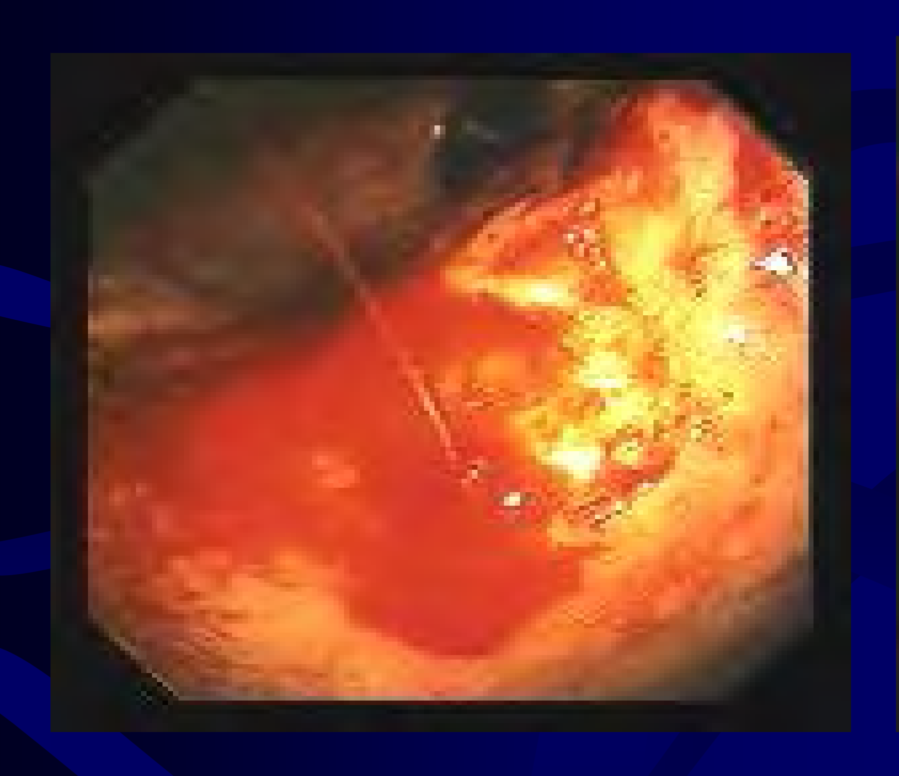


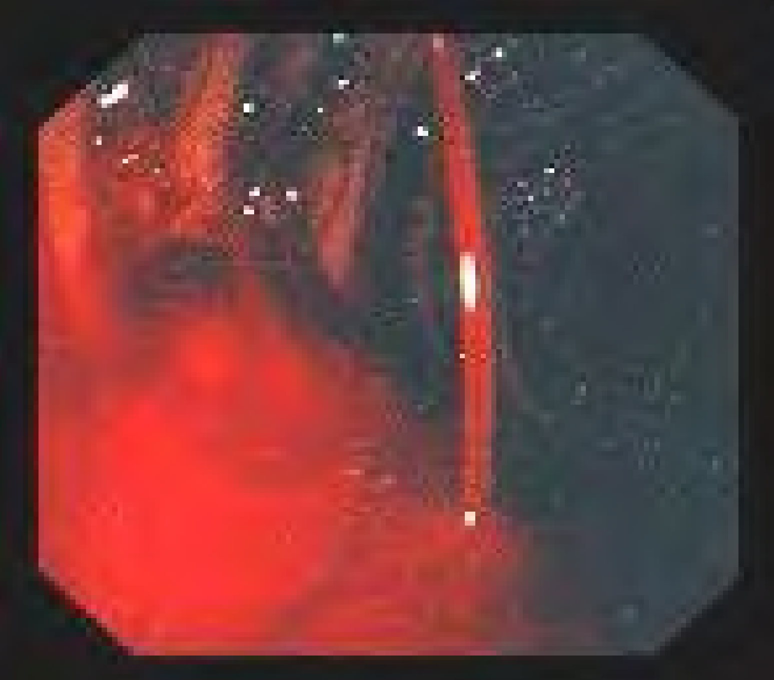
Stade IIc
Taches pigmentées



Stade III
Ulcère propre

Ulcère gastrique: Forrest Ia





Ulcère gastrique IIa



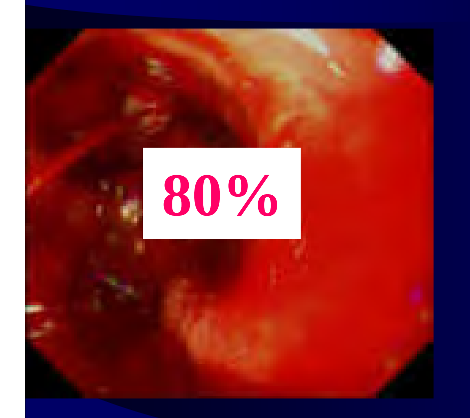
Ulcère gastrique: caillot puis vx visible; clip métallique



Ulcère gastrique: Forrest III



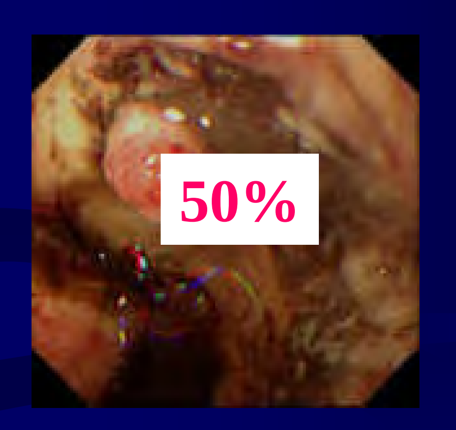
Classification de Forrest



Stade Ia
Saignement en jet

<30%

Stade Ib
Saignement en nappe



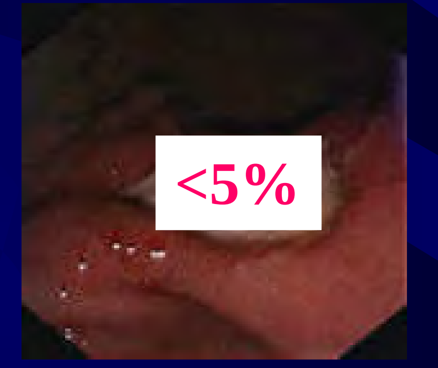
StadeIIa
Vx visible



StadeIIb
Caillot adhérent



Stade IIc
Taches pigmentées



Stade III
Ulcère propre

Lésions de duodénite érosive Ulcère du bulbe duodénal hémorragique





Autres facteurs pronostics

- Taille de l’ulcère > 2 cm
- Hémorragie abondante, état de choc
- Nombre élevé d’unités de sang transfusées
- Terrain: age avancé, tares
- Saignement actif à l’endoscopie
- Nécessité d’une chirurgie d’urgence

Traitement de la MUGD
Buts

- Arrêter le saignement
- Prévenir les récidives hémorragiques
- Accélérer la cicatrisation de l'ulcère

Traitement de la MUGD
Moyens

- Traitement pharmacologique:
  - – Antiacides
  - – Antisécrétoires: antiH2, IPP
  - – Antifibrinolytiques
  - – Octréotide, somatostatine, vasopressine
  - – Prostaglandines

Efficacité pour arrêter le saignement ou éviter les récidives?

IPP +

Traitement de la MUGD
Moyens

- Traitement endoscopique:+++
  - Méthodes d'injection: adrénaline, ethanol, polidocanol, sérum salé, epinéphrine…
  - Méthodes thermiques: Eléctrocoagulation, laser, sonde chauffante
  - Nouvelles méthodes: clips, ligature élastique, plasma argon

Efficacité équivalente: méthodes d'injection simplicité/coût ↓

Traitement de la MUGD
Moyens

- Traitement chirurgical:
  - Déclin de la chirurgie: traitement endoscopique +++
  - Indications: Hémorragie massive si échec ou non disponibilité du traitement endoscopique
  - Geste chirurgical: hémostase ±traitement antiacide

Traitement de la MUGD
Indications

- Traitement endoscopique après stabilisation de l'état hémodynamique du patient pour les lésions à haut risque de récidive

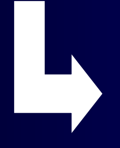
  Traitement par injections et par coagulation+++

- La chirurgie s'impose en cas de non réponse au traitement endoscopique ou en cas de lésions graves
- Le traitement médical / IPP n'est qu'un traitement d'appoint

Bleeding Ulcer

- *H. pylori* infection
  - *H. pylori* therapy; then full-dose H_2 receptor antagonist until eradication documented
    - *H. pylori* eradicated (documented >4 weeks after end of *H. pylori* therapy)
      - No further therapy
    - *H. pylori* persists
      - Re-treat with new regimen; continue antiulcer therapy until infection is cured
- NSAID ingestion*
  - NSAIDs can be stopped
    - Course of standard antiulcer therapy without subsequent maintenance treatment
  - NSAIDs must be continued
    - 1. Lower NSAID dose if possible 2. Proton pump inhibitor initially 3. Long-term misoprostol therapy
- No *H. pylori*, no NSAIDs
  - Reassess for NSAID use; check fasting serum gastrin level
    - Long-term therapy with full-dose antisecretory therapy

Conclusion

- L’hémorragie digestive haute est une urgence médico-chirurgicale
- La prise en charge doit être rapide et efficace
- L’endoscopie digestive haute
- 

stabilisation hémodynamique



Diagnostic et traitement